

# Diabetes Gestacional (DG)

## Descrição

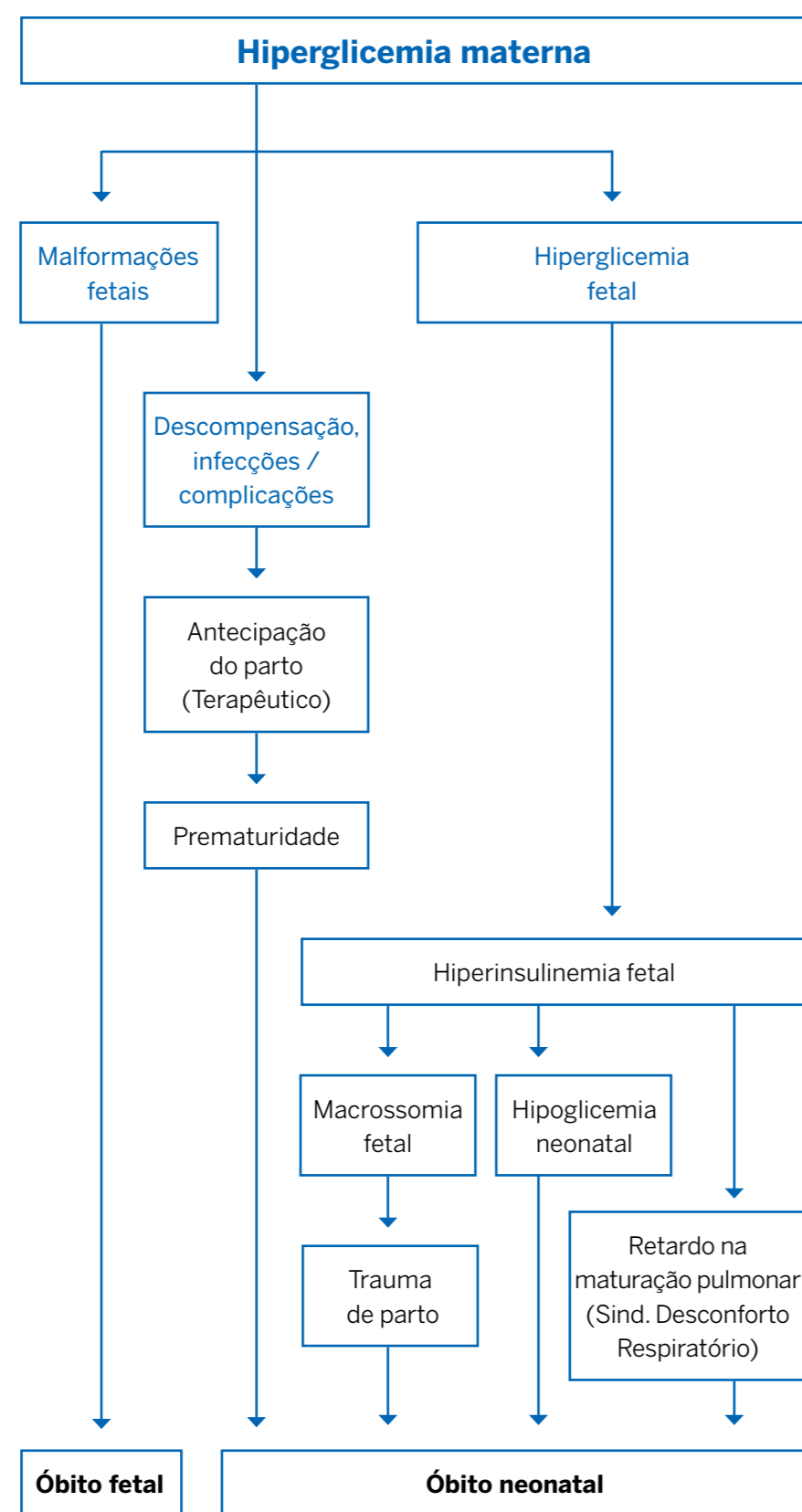
### Definição

Qualquer grau de intolerância à glicose com início ou reconhecimento na gestação.

### Prevalência

Varia de 1% a 14% de todas gestações, de acordo com o grupo estudado e o teste diagnóstico empregado.

### Fisiopatologia



## Descrição

### Classificação

- Gestantes de alto risco para DG
- Gestantes de baixo risco para DG

### Grupo de alto risco para DG

- Antecedente de DG em gestação anterior
- Sintomas sugestivos de diabetes (polis)
- Obesidade importante
- História familiar de diabetes (parentes de 1º grau)
- Idade materna > 35 anos
- Glicosúria
- Aumento excessivo de peso na gestação
- Hipertensão arterial
- Complicações fetais anteriores: óbitos perinatais, macrossomia, malformações fetais, polidrâmnio

## Diagnóstico

### Rastreamento laboratorial

#### Objetivo

Avaliar o risco de DG na 1ª consulta pré-natal.

#### Métodos

##### Glicemia de jejum

- 90 mg/dl a 104 mg/dl = alto risco para DG
- 2 valores  $\geq$  105 mg/dl = DG

##### Testes de tolerância

- No baixo risco: Iniciar com Teste de Tolerância Simplificado (TTS) de 50g; se > 130 mg/dl, realizar o Teste de Tolerância à Glicose Oral (TTGO) de 100g

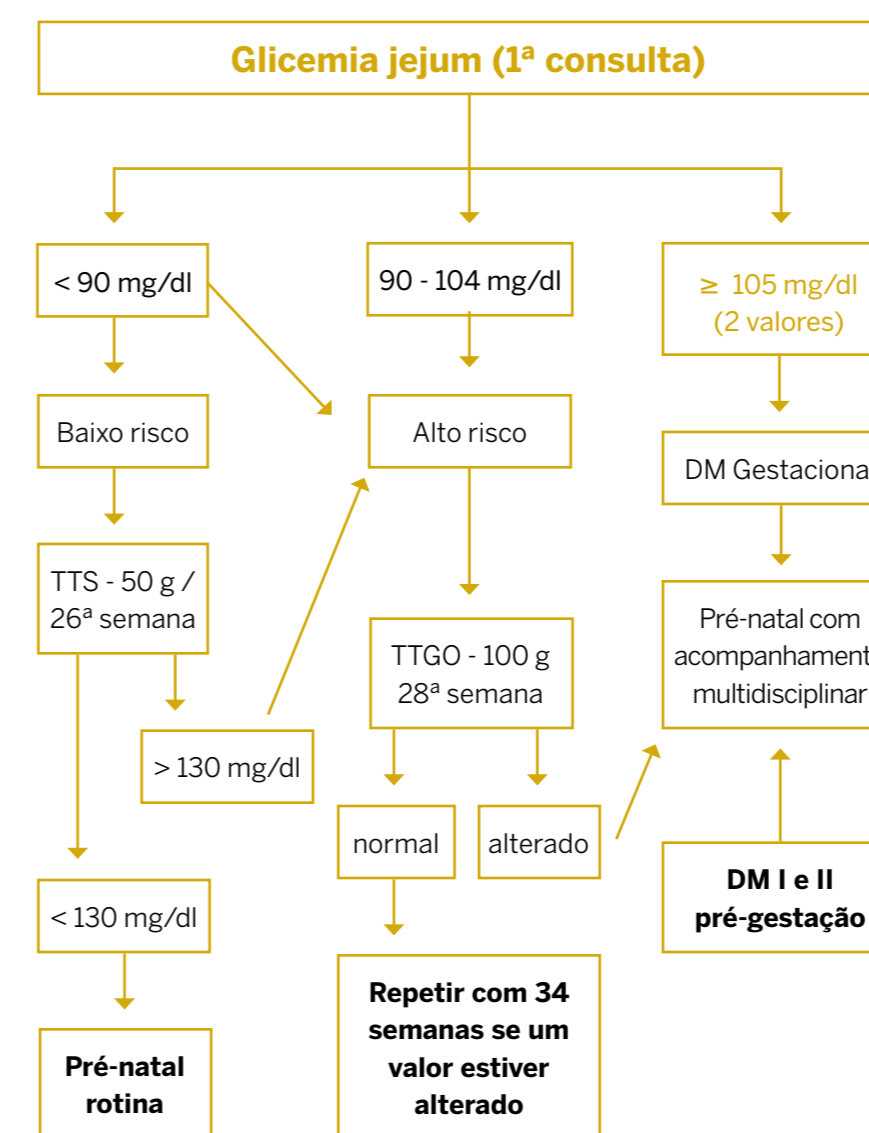
- No alto risco: Iniciar com o TTGO de 100g na 28ª semana

TTS 50g {  
• 50g de glicose via oral  
1 hora pós > 130 mg/dl = alto risco para DG

TTGO 100g 3 horas {  
• Realizado pela manhã  
• Orientar consumo de carboidratos ( $\geq$  150 g) nos 3 dias anteriores ao exame  
• Jejum de 8 horas a 12 horas antes do teste  
• Valores:  
:: Jejum – 95 mg/dl  
:: 1 hora pós – 180 mg/dl  
:: 2 horas pós – 155 mg/dl  
:: 3 horas pós – 140 mg/dl  
2 ou mais valores alterados = diabetes melito gestacional

## Diagnóstico

### Fluxograma de Diagnóstico para DMG



**Observação:** Ver sintomas, antecedentes ou fatores que podem levar ao grupo de alto risco.

### Avaliação do comprometimento sistêmico

#### Diabéticas com complicações crônicas

- Maior risco
- Comprometimento vascular (o mais comum é a restrição do crescimento fetal)

#### Controles no pré-natal

- PA
- ECG / ECO
- Função renal / proteinúria
- Fundo de olho
- Hemoglobina glicada a cada 3 meses

## Tratamento

### Tratamento Clínico Supervisão do Grupo Multidisciplinar

#### Manutenção em normoglicemia

- Valores glicêmicos ideais  
:: jejum e pré-prandiais < 105 mg/dl  
:: pós-prandiais – 1 hora após < 140 mg/dl  
– 2 horas após < 120 mg/dl

- Orientação nutricional feita por nutricionista
- Exercícios físicos adequados

#### Terapia Hipoglicemiante (sempre orientada pelo endocrinologista)

Está indicada a insulina humana de ação intermediária (NPH) se glicemia pré-prandial > 105 mg/dl e 2 horas após > 120mg/dl.

Dose empírica: ~ 0,7 UI/kg peso; 2/3 de manhã e 1/3 à noite.

Caso o controle glicêmico seja insatisfatório, utiliza-se insulina de ação rápida (regular) no período pré-prandial.

#### Avaliar cautelosamente ajustes da insulina:

- Pequenas variações das doses após perfil de 24 horas ou 48 horas
- Obter pelo menos 80% de valores adequados
- Minimizar ocorrência de hipoglicemias (orientação familiar)

#### Prevenção de infecções

- Evitar descompensações mais frequentes  
:: Urinárias  
:: Cutâneas / dentárias  
:: Fúngicas

- Tratar a bacteriúria assintomática
- Realizar urocultura a cada 3 meses

## Tratamento

### Critérios de internação

- No diagnóstico: glicemias muito elevadas e para início da insulinização
- Intercorrências clínicas /obstétricas com comprometimento materno-fetal
- Gestação que atinge 38 a 39 semanas

### Conduta obstétrica

Pacientes compensadas e sem complicações materno-fetais = interrupção da gestação com 38 semanas a 39 semanas.

Pacientes descompensadas e/ou com complicações = antecipação do parto em função das condições maternas e fetais.

### Conduta clínica no dia do parto

Naquelas que utilizam insulina, programar as devidas alterações para o dia do parto, juntamente com o grupo da endocrinologia.

Preferencialmente pela manhã

- Ministrar 1/3 da dose de insulina NPH
- Cateterização venosa: infusão de SG 5% – 125 ml/h
- Controle glicêmico capilar a cada 3 horas
- Manter glicemia em 70 mg/dl a 120 mg/dl
- Em caso de glicemia > 140 mg/dl, acrescentar insulina regular 5 UI em 500 ml de soro glicofisiológico. Infundir na velocidade de 1 UI/h a 2 UI/h

### Conduta no puerpério

Diabetes melito pré-gestacional = redução das necessidades de insulina pela metade.

Diabetes gestacional = retirada da insulina.

Reclassificação do estado glicêmico materno após 6 semanas do parto.